

Nombre del Subscriptor: \_\_\_\_\_  
 ID del subscriptor: \_\_\_\_\_

## FORMA DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

### Sección 1 – Información de salud del suscriptor

¿Está(n) usted(es), o su cónyuge o hijos dependiente(s) cubierto(s) mediante coberturas médicas y/o dentales distintas a su póliza Blue Cross and Blue Shield of Nebraska?

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, sólo Blue Cross and Blue Shield of Nebraska<br><small>(Termine completando la Sección 7)</small> | <input type="checkbox"/> Sí, <b>otro</b> seguro médico o TRICARE<br><small>(Termine completando las Secciones 2-5, y 7)</small> | <input type="checkbox"/> Sí, Medicare<br><small>(Termine completando las Secciones 6 y 7)</small> | <input type="checkbox"/> Sí, Medicaid o CHAMPUS/VA<br><small>(Termine completando la Sección 7)</small> |
|---|---|---|---|

### Sección 2 – Otra información de seguro/TRICARE

Favor de listar todas las compañías de seguros de médicos y/o dentales aplicables en el espacio suministrado. Adjunte otra hoja si es necesario.

| Nombre de la compañía de seguro o administrador de seguro TRICARE | Teléfono de la compañía de seguro o Admin TRICARE | Tipo de Cobertura (circule todo lo que aplique)  | Tipo de suscripción (circule uno)  | Fecha de vigencia de otro seguro / TRICARE (mm/dd/aaaa) | TRICARE Estatus (circule uno)   |
|---|---|--|--|---|---|
|   |   | <input type="checkbox"/> Médica/Médico<br><input type="checkbox"/> Hospital<br><input type="checkbox"/> Recetas de Medicamentos<br><input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Uni<br><input type="checkbox"/> Familiar<br><input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Empleado/Hijo |   | <input type="checkbox"/> Activo<br><input type="checkbox"/> Reservas<br><input type="checkbox"/> Jubilado |

### Sección 3 – información del titular de la póliza para otro seguro

Titular de la póliza indicada en la sección 2:

|  |   |
|--|---|
| Apellido:  | Nombre:                                       |
| Número de identificación (incluir todas las letras y números):   | Fecha de nacimiento del titular de la póliza: |
| Nombre del empleador si es aplicable:  |   |
| Relación con el titular de la póliza BCBSNE listado en la parte superior: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Ex o cónyuge legalmente separado <input type="checkbox"/> Otro |   |
| Si la relación es "uno mismo" o "cónyuge", indique el estatus de empleo:   |   |
| <input type="checkbox"/> Trabajando actualmente con el empleador que ofrece otra cobertura<br><input type="checkbox"/> Jubilado del empleador que provee otra cobertura<br><input type="checkbox"/> Jubilado del empleador que provee otra cobertura                       |   |
| <input type="checkbox"/> En COBRA<br>Fecha de retiro _____<br>Fecha de COBRA _____   |   |

### Sección 4 – Personas Cubiertas

Llene la siguiente información para todas las personas cubiertas bajo la otra póliza (anexe una hoja separada si se necesita espacio adicional).

| Nombre y apellido de la persona cubierta | Relación con el titular de la póliza en la Sección 3 (por ejemplo, uno mismo, cónyuge, hijo, hijo adoptivo, custodia paterna) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Revise si está cubierto por Medicare o Medicaid | Revise si los dependientes están cubiertos bajo resolución de tribunal |
|--|---|----------------------------------|---|--|
| 1.                                       |   |                                  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   |
| 2.                                       |   |                                  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   |
| 3.                                       |   |                                  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   |
| 4.                                       |   |                                  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   |
| 5.                                       |   |                                  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   |
| 6.                                       |   |                                  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>   |

### Sección 5 – Padres que estén divorciados, legalmente separados, o nunca casados

Complete esta sección sólo si los hijos dependientes están cubiertos bajo la otra póliza y los padres están divorciados, legalmente separados o nunca estuvieron casados.

|  |                                |                                |   |                                      |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|
| Si hay un acuerdo legal vinculante para gastos de cuidados de la salud, ¿quién es el responsable? Adjunte una copia de la resolución del tribunal. | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Responsabilidad conjunta | <input type="checkbox"/> Tutor Legal |
| Si hay un acuerdo legal vinculante para gastos de cuidados de la salud, ¿quién tiene la custodia primaria?   | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Custodia legal conjunta  | <input type="checkbox"/> Tutor Legal |

### Sección 6 – Información del suscriptor en Medicare

| Nombre del beneficiary | ID de Medicare | Estatus de empleo   | Tipo de cobert   | Fecha de vigencia (mm/dd/yyyy) | Razón del título de Medicare  |
|------------------------|----------------|---|--|--------------------------------|---|
|                        |                | <input type="checkbox"/> Empleado<br><input type="checkbox"/> Retirado<br>Fecha de retirado _____ | <input type="checkbox"/> Parte A<br><input type="checkbox"/> Parte B<br><input type="checkbox"/> Parte D | _____<br>_____<br>_____        | <input type="checkbox"/> Edad<br><input type="checkbox"/> Discapacidad<br><input type="checkbox"/> ESRD |
|                        |                | <input type="checkbox"/> Empleado<br><input type="checkbox"/> Retirado<br>Fecha de retirado _____ | <input type="checkbox"/> Parte A<br><input type="checkbox"/> Parte B<br><input type="checkbox"/> Parte D | _____<br>_____<br>_____        | <input type="checkbox"/> Edad<br><input type="checkbox"/> Discapacidad<br><input type="checkbox"/> ESRD |

### Sección 7 – Firma del titular de la póliza BCBSNE

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

## Instrucciones para la forma de coordinación de beneficio

La Coordinación de Beneficios (COB) aplica cuando más de una compañía de seguros le suministra a usted y/o los miembros de su familia beneficios para el cuidado de la salud. COB es aplicable para usted y todos los miembros de la familia que estén cubiertos bajo sus planes de salud y/o dentales Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE).

Las siguientes instrucciones pueden ser usadas para ayudarle a llenar la forma COB adjunta. **Cada titular de póliza Blue Cross and Blue Shield of Nebraska debe llenar la forma COB anualmente.**

La forma COB debe ser llenada de las siguientes maneras:

1. Electrónicamente: Inicie sesión en su cuenta de miembro en [www.mynebraskablue.com](http://www.mynebraskablue.com) para llenar y presentar la forma COB en línea. Las formas se pueden encontrar en la sección Herramientas y Recursos.
2. Documento: Llène y presente la copia en papel adjunta, y nos puede enviar la forma por correo o por fax

Enviar por correo electrónico a:  
Blue Cross and Blue Shield of Nebraska  
PO Box 3248  
Omaha NE 68180-0001  
Fax a: 402-392-4126

### ¿Aún no se ha registrado en su cuenta de miembro en línea?

Para suscribirse a su cuenta de miembro personalizada, siga estos tres fáciles pasos:

1. Visite [myNebraskablue.com](http://myNebraskablue.com) o descargue la aplicación, e ingrese su dirección de correo electrónico y establezca su contraseña
2. Proporcione la siguiente información:
  - a. Número de ID:
  - b. Nombre completo
  - c. Código postal
  - d. Fecha de nacimiento
  - e. Últimos cuatro números de su número del Seguro Social
3. Seleccione tres preguntas de seguridad y proporcione las respuestas

### Sección 1 – Información de Seguro del Suscriptor

Si usted o alguno de sus dependientes no está cubierto bajo otro plan dental o de salud, responda No y salte a la Sección 7. Por favor firme y anote la fecha y número de teléfono de día para que podamos contactarle si tenemos algunas preguntas. Será necesario que su forma sea regresada a nosotros a la dirección o al número de fax antes citados.

Si usted o alguno de sus dependientes está cubierto bajo otro plan dental o de salud (además de sus planes BCBSNE) responda Sí a todas las otras preguntas que apliquen.

Si usted respondió “Sí, otro seguro o TRICARE”, llene las secciones 2 – 5, y 7 si usted respondió “Sí Medicare”, necesitará llenar las secciones 6 y 7.

Si usted respondió “Sí, Medicaid o CHAMPUS/VA”, sólo necesita completar la sección 7.

## **Sección 2 – Otra información de seguro/TRICARE:**

Usted sólo necesita llenar esta sección si usted respondió “Sí, Medicaid o CHAMPUS/VA”, en la sección 1. Por favor suministre el nombre y número telefónico de las otras compañías dentales y/o de salud que le cubren a usted y/o sus dependientes además de BCBSNE. Indique el tipo de cobertura, tipo de suscripción y fecha de vigencia. Por favor seleccione todo lo que aplique a usted y su familia.

Si tiene cobertura bajo TRICARE, además de la cobertura y preguntas del tipo de suscripción, por favor provea el estatus y la fecha de vigencia. La fecha de vigencia sólo necesita ser suministrada para estatus activo y jubilado.

Si usted tiene cobertura con más de dos otras compañías de seguro, por favor adjunte una hoja incluyendo toda la información indicada.

## **Sección 3 – Información del titular de la póliza de otro seguro:**

Llene esta sección si usted respondió “Sí, a otro seguro o TRICARE”, en la Sección 1. Esta información pertenece a la cobertura del seguro adicional que usted o sus dependientes tienen con otra compañía de seguros (como se indicó en la Sección 2). No su plan BCBSNE.

Por favor proporcione el nombre y apellido del titular de la póliza, número de identificación del otro seguro, fecha de nacimiento, y empleador, si es aplicable. Seleccione la relación con el titular de la póliza BCBSNE y su estatus de empleador.

Por ejemplo, si el cónyuge tiene cobertura adicional a través de su empleador, su cónyuge sería el titular de la póliza; su relación con usted (titular de la póliza BCBSNE) sería el cónyuge.. En este ejemplo, ellos marcarían «Trabajando activamente con el empleador que ofrece otra cobertura».

## **Sección 4 – Personas Cubiertas**

Llene esta sección si usted respondió “Sí, a otro seguro o TRICARE”, en la Sección 1. "Personas cubiertas" se refiere a todas las personas cubiertas bajo otro plan y su plan BCBSNE. Por favor adjunte una segunda hoja si es necesario.

## **Sección 5 – Padres que estén divorciados, legalmente separados, o nunca casados**

Llene esta sección si usted respondió “Sí, a otro seguro o TRICARE”, en la Sección 1. Sólo compete esta sección si los hijos dependientes están cubiertos tanto bajo su póliza BCBSNE como la otra póliza, y los padres están divorciados, legalmente separados o nunca estuvieron casados. Por favor responda las preguntas provistas en la forma e incluya la documentación legal, si es aplicable al regresar la forma COB.

## **Sección 6 – Información del suscriptor en Medicare**

Llene esta sección si usted respondió “Sí, Medicare”, en la Sección 1. El beneficiario, ID Medicare, tipo de cobertura y fecha de vigencia se pueden encontrar en su tarjeta de identificación de Medicare. Responda cuidadosamente todas las preguntas que apliquen.

## **Sección 7 – Firma del titular de la póliza BCBSNE**

Por favor firme y anote la fecha y número de teléfono de día para que podamos contactarle si tenemos algunas preguntas. El titular de la póliza principal o el cónyuge en la póliza BCBSNE deberán firmar la forma. Su forma COB no estará completa a menos que esté firmada.